

## TRON SECURITY SERVICES



## Daily Security Report

Client No.									•		·	_		_	'	
2036. Client No.	Name	ns.	1+ER	IALS				Location	2050	1E.O.	st U	+104	Date	1015		
Facility Detex Clock Weapon No.	H	alster (* )	Nightshek		/	Flashlight		Jutner			EYS	•	1	1 0 10 - 0	E/ ADic	·
Officers: Fully explain all items marked "Yes" with time and all detail. For additional space use reverse side and attach incident reports.	Officer Shift	,	, John	<u> </u>		Shift	Swing Sol	in (Name)	lace			cer-Greve Sh		Tok	HDIC Vosz	ki.
Observations or actions taken	Began	No	AM-PM	Ended 4	2 AMEM		<u> </u>	AM(PN	Enged	12	AMEPM bega	<del> </del>	M AM-PM	Ended	8	(AM-DM
Rounds or stations missed	163		•	Explanation	-	Yes	No		Explanati	on	Ye	s No		Explanati	on	
Unlocked doors, gates or windows					<del>-:</del>					·····		1	<del></del>	<del> </del>		
Unlocked vaults or safes				<del></del>		1		,				1,			·	
Fire-smoke-or hazards					· · · · ·		1/	,	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	•			- -		-	·
Extinguishers missing or defective			<del>y</del>		<del></del>			7	<del></del>	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·						
2. Sprinkler system defective													<del></del>			
3. Fire doors or exits blocked						1 -				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			-	544		
4. Rubbish accumulation							8//	•			·.	1/_			•	
5. Motors running							//	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				1	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
6. Lights left burning								/				1	464	45 de	A i	سعاس
Injury hazards								/				1		1200	<u> </u>	<i>ـ جر</i> د
Visitors	V		MR HENSL	EY EPA								1	_	<b>.</b> ,:		
Trespassing							1/	/				1	-			9
Violation of company rules												4				4
Remarks ON SITE 0 830	OFF	S178	1135									,				٨
												•				
		·		· · · · · · · · · · · · · · · · · ·				A.,   B.   B.								
	····		·			· ·										
IMPORTANT: If you were ill or injured ple	ease expla			of this form a		upervisor										
1. Were you injured during this tour?		•	Yes (18)	Yes N	2. 0 Yes	No	3. Swing S Yes	(Nd)	Yes No	2 Yes	3. *No	Grave Shift Yes No	1. Yes	No 2	Yes	No.
2. Did you suffer any illness?			Yes (10)	Yes No	yes Yes	No	Yes	(No)	Yes No	Yes	No	Yes No	Yes	No	Yes	No
3. Have you reported all accidents coming to y	your atten		res) No	Yes N	Yes	No	Yes	No	Yes No	Yes	m/ N	Yes) No	Yes	No	Yes	No
	Si	gnatures	Day Shift	D. Jean		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Swind S	nit KNO	rolle 9	ngVa	Most	Greve Shift	ick )	oko	221	bi:
	Sil	gnatures	<u>{</u>	00			2	<u> </u>	0		· ·	2.	_	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	0	
<u> </u>	Si	gnatures	3.				3		·			3.		43920	S Buildin (b)	